

「いわゆる慢性膵炎疑診例」における構造仮説継承型事例研究

斎藤 清二

Seiji Saito: Structural Hypothesis-Succeeding Case Study
in Patients with So-called Suggestive Chronic Pancreatitis.

<索引用語：構造仮説継承型事例研究，質的研究法，慢性膵炎疑診例>

<Keywords: structural hypothesis-succeeding case study,
qualitative research method, suggestive chronic pancreatitis>

I 目的

本項で述べる事例研究は，以下の複数の論点について検討することを目的とする。

- 1) 筆者が消化器内科医としての診療において体験した，特異な病像と経過を呈する一群の患者（血清膵酵素の持続高値を伴う慢性機能的腹痛：いわゆる慢性膵炎疑診例）について，その臨床像，治療経過，治療者と患者との相互交流，予後などについて，事例報告として記述する。
- 2) 上記の事例の診療経験から筆者が構築した，病態と治療戦略に関する仮説と，その変遷過程を記述する。
- 3), 1)と2)の過程を，西條¹⁾⁻³⁾が提唱した科学的なナラティブ・アプローチ（仮説継承型ライフストーリー研究）の観点から吟味し，NBM（ナラティブ・ベイスト・メディスン⁴⁾）における研究戦略として，このような研究法が有用であるかどうかについて考察する。

II 背景

筆者は最近まで，消化器内科医（膵臓病専門医）

として，15年以上にわたって専門外来診療を担当してきた。はっきりと院外で宣伝されているわけではないが，筆者の外来は，院内では「膵臓外来」とも呼ばれており，コントロールが難しい膵疾患の患者や，他の臓器の疾患が否定されて，残る可能性としては膵疾患くらいしか考えられないという患者が，院内，院外から，私の外来に紹介されて来るという構造であった。

ご存じの方も多いと思うが，膵臓や，膵臓疾患というのは，消化器のうちでもかなりマイナーな分野である。一般には，膵臓が身体のどこにあるか，よく知らないという人も多いのではないだろうか？ 一方では，膵臓疾患に関する診断法というのもあまり進歩しておらず（最近はそうでもないが），膵臓病は得体が知れないという印象を持たれていた。また，膵臓癌は，あらゆる悪性腫瘍のうちでももっとも予後が悪い（5年生存率が未だに5%前後である）ことが知られている。そのため，膵臓の病気というと，得体の知れない上に，何かやっかいそうな病気であるという印象が，一般の人のみならず，医師の間にもあったのではないかと想像される。

さて，教科書的には，膵臓の病気といえば，有

名なものは、膵臓癌（これは前述のようにたいへん悪性度が高い）、慢性膵炎（これは、ほとんどアルコールが原因なのだが、アルコールをやめなにかぎり予後は良くない）と、聞いただけで気が重くなりそうなものばかりである。家庭医学書などで、膵臓病のページをめくると、まさに気が滅入ること請け合いである。

しかし、実際には、膵臓疾患を疑われる人は、必ずしもそんなはっきりした疾患をもっているとは限らないのだ。そういう患者さんのひとりが、次に述べるAさんである。

Ⅲ 事例1

Aさん。女性。当院初診時39歳の主婦。Aさんはもともと、筆者の大先輩であるS医師が2年間ほど外来で診ていた人である。S医師が移動することになり、外来を私が引き継ぐことになったのである。S医師からの申し送りの内容はこうだった。

「いやー、実は何だか良く分からないが、しょっちゅうおなかを痛がる人でね。最初は腸の症状かと思っていたんだけど、途中から血清の膵酵素が高いことに気がついてね。それで慢性膵炎だとうやく分かったんだ。いやー、こういう人っているんだね。じゃあ、あとはよろしく頼むよ」。そこで、私がAさんと会うことになった。

はじめてお会いしてみると、Aさんはごく普通の中年女性、という感じの人だったが、慢性の腹痛に悩まされていれば無理のないことではあるが、今一つ元気のなさが感じられた。それまでの経過を尋ねると、以下のことが分かった。病院を受診する約1年前に子宮筋腫の摘出手術をある病院の婦人科で受けた。退院後まもなく上腹部痛を感じるようになった。痛みは鈍痛で、ひどく痛むわけではないが、いつもすっきりしない感じがした。いくつかの医療機関を受診し、様々な検査を受けたが、「胃潰瘍の疑い」「膵臓の働きが弱っている」「膵機能が悪い」などと言われ、投薬を受けたが症状は改善しなかった。そこで、正確な診断と治療を求めて、当院を受診した。初診の担当医はS

医師である。血液検査、腹部超音波断層撮影、上部消化管、下部消化管検査を受けたが異常を認めなかった。その後約2年間、原因不明の腹部不定愁訴として外来にて対症療法が行われていた。

約1年前、腹痛が増強し、その時点での血液検査で、血清エラスターゼ1（膵酵素の一種）の値（668ng/dl）が発見された。この時点で、S医師はAさんに「慢性膵炎」という病名を告げた。しかし、CT、ERCP（内視鏡的膵管造影）などの膵臓の画像診断では、慢性膵炎の確診所見は得られなかった。しかし、2週間に一度の血液検査では、血清エラスターゼ1は常に正常値と超過しており、一番高い時には、正常値の3倍を超えた。膵炎と言われてから約10ヶ月後に、主治医が筆者に交代した。

筆者は、Aさんからできるだけ多くの語りをひきだそうとした。その結果まず分かったことは、Aさんの訴えが持続的な上腹部痛だけではなく、背部痛、肩こり、腰痛、食欲不振、不眠など多彩であるということであった。また、Aさんは「膵臓の病気は一生治らないと聞いています。自分で家庭医学書などを読むとそう書いてありました」と述べ、明らかに悲観的な気分になっていた。S医師はまめなタイプだったので、脂肪制限や禁酒をきっちりと指導していたが、Aさんはそれを過剰なほどに守っていた。また、外来では、2週間に一度の血液検査を定期的に施行されていたが、Aさんはその結果を聞くたびに一喜一憂しているような心境であった。生活背景としては、6人家族で3児の母。体調が悪いためパートをやめているが、仕事に復帰したい希望を持っていることも分かった。

ここまで、Aさんの話を聞いて、筆者はこう考えていた。「確かに、血清の膵酵素は高い値が続いているが、画像診断などの結果を考え合わせれば、Aさんは慢性膵炎の確診例ではない。膵酵素の異常だけを除いて考えれば、むしろ、うつ気分を伴う機能性の腹痛と考えた方が全体像を説明できる。いずれにせよ、慢性膵炎の治療をしても、状況は改善していないのだから、このままの治療

を続けてもしかたがないだろう」。

そこで、その旨をAさんに説明した。説明の骨子は以下のようなものである。

＜普通の意味でいう慢性膵炎とは違うと思います。これはだんだん悪くなって、たいへんなことになるという状態ではないと思います。それと、しっかり検査をしていますから、悪性疾患などの可能性はありません。症状を完全に治すのではなく、調子を整えて、日常生活が今より楽にできるような状態を目標にしましょう。仕事に復帰できるくらいの体調になれば1か月に一度くらいにしましょう＞。

このような説明を聞いて、Aさんはうれしそうにしていた。投薬としては、食欲増進とうつ気分の軽減を狙って、スルピリドを少量投与した。

2週間後の来院時、Aさんは、見違えるように元気になっていた。「痛みもほとんどないし、夜も眠れるようになりました。食欲もあります。なによりも元気が湧いてきました」。筆者の方が正直言ってびっくりするような変わりようであった。さらに驚いたことには、その一ヶ月後の血液検査では、1年近く異常高値を示していた血清膵酵素がなんと正常化していた。その後薬物を漸減し、約半年後には中止したが、再増悪は認められず、血清膵酵素も正常化したままであった。Aさんはパートの仕事を再開し、その後通院の間隔は次第に長くなった。5年以上にわたり再発は認められず、その後通院も途絶えた。

IV 事例1に関する考察

ここまでの面接の内容と臨床経過から、Aさんは、いわゆる慢性膵炎疑診例に属すると筆者は考えた。慢性膵炎疑診例の定義は、以下のようにまとめられる⁵⁾。

- 1) 膵炎に類似した腹部症状が長期間続く。
- 2) 血清膵酵素の異常を伴う。
- 3) 他の精密検査で慢性膵炎の確診所見が得られ

ない。

このような患者との間に良好な医師患者関係が構築されると、自覚症状の軽減のみならず、血液中の膵酵素の値の異常が是正されることを筆者はしばしば経験している。どうしてこのようなことが起こるのかについて科学的な証明は難しいが、ひとつの可能性として心身をめぐる悪循環という観点を導入すると説明しやすい。

一般に身体の調子が悪い時、抑鬱、不安、怒りなどの不快な気分が起ってくることはむしろ当然である。ところが、このような不快な気分は、神経系や内分泌系、免疫系などの複雑な身体的ネットワークに影響を与え、身体感覚閾値を低下させる、すなわち身体を過敏状態へとシフトさせる。その結果、痛みなどの症状が増強する。ところが、身体症状の増強はさらに不快な気分を増強させるので、ここに心身相関的な悪循環が生じ、患者の苦痛（身体的な苦痛と精神的な苦痛の両者の総和）は増強し遷延化することになる。膵機能に関して言えば、このような悪循環が、膵液の過剰分泌をや十二指腸乳頭括約筋の収縮などを引き起こし、膵管内圧の上昇を引き起こし、これが感覚閾値の低下と相まって、腹痛を増強、遷延化させると考えられる。

そこで、以下のような方針により対応することが効果的であると考えられる。

- 1) 訴えの徹底的な傾聴と丁寧な内科的診察。
- 2) 悪性疾患の見落としがないことの保証。
- 3) 悪循環仮説に基づく病態説明。
- 4) 原因探しの放棄と治療目標の再設定。
- 5) 厳しすぎる生活指導の緩和。
- 6) 少量の抗鬱薬の投与。

Aさんの場合、確かにこのような対応により、劇的な改善が得られた。

ところで、Aさんのような症例は、日常の診療の中では、決して珍しいものではない。しかし、ひとたび、このような症例を客観的・科学的に評価しようとする、著しい困難に陥る。例えば、Aさんの診断はどう表現することが正しいのだろうか。Aさんは、軽症慢性膵炎なのだろうか、消

化器専門医としての筆者はそれを否定する。それではやはり、慢性肺炎疑診例と表現すべきなのだろうか。しかし、疑診例という概念自体、客観性を欠いている。「医師が疑った」という事実が診断の根拠になるということ自体、すでに間主観的な関係性が前提になっている。それでは機能性疾患と表現すべきか？しかし、内臓機能を客観的に評価したデータがあるわけではない。心身症と呼ぶべきか？心理的側面から見れば、仮面うつ病という診断も否定できない。しかし、それならば、スルピリドを中止してもなぜ増悪しないのか？不定愁訴症候群？更年期障害？身体表現性障害？どのような診断名をつけてみても、とても客観的・科学的とは思えない。

診断名に限らず、病態生理的評価に関しても、分らない点が多すぎる。環境ストレスの影響はどの程度なのか？神経症の傾向や失感情の傾向の評価は？パーソナリティ要因の評価は？臓器過敏性があるのではないのか？分泌機能はどうなっているのか？運動機能は？解剖学的要因に本当に問題はないのか？これらの全ての項目について、評価するためには情報が絶対的に不足している。しかし、ここで強調しておきたいことは、これらについての全ての情報が十分に得られるなどということは、実際の臨床においてはあり得ないということである。またAさんの場合、それらの「客観的な」情報を得ようとする試みそのものが病態の悪循環を増強してきたという事実がある。臨床現場において、一例一例の患者個人を大切にしようとするれば、病態生理に関する客観的な評価を完全に行うということは机上の空論である。

それでは治療の評価はどうか？この症例では、数年来にわたって続いた苦しみは劇的に改善した。それでは何が効果を上げたのか？その証拠はあるのか？心理療法が効果をあげたのか？しかし、このような対応がそもそも心理療法と言えるのか？抗うつ薬が効いたのか？そうだとしたらなぜ中止しても再発しないのか？プラセボ効果だったのか？では、なぜ、以前に投与された種々

の薬剤はプラセボ効果を発揮できなかったのか？

自然経過で治ったのではないのか？ではなぜ今回の治療前に何年間も全く良くならなかったのか？医原性障害？そうだとしたら、医師にかかる前の症状はなぜ出現したのか？以上のような疑問に完全に答えることは、筆者には絶望的に思える。そうすると、そもそも科学的・客観的な評価法自体が臨床における現象を把握できるのか？という強い疑問を抱かざるを得ない。

この頃、未だNBMの概念も、考え方も知らなかった筆者は、このような症例の病態を包括的に説明するためには、ベルタランフィBertalanffy L⁶⁾により提唱されたシステム論的なパースペクティブによるのが、もっとも見込みがあると考えた。システム論によれば、全ての事象は原因・結果の単純な直線的因果関係から成り立っているのではなく、多数の要素が互いに関連しあい、フィードバックしあいながら主として円環構造を形成するシステムから成り立っている。システムには多数のレベルがあり、それらは互いに浸透しあっている。例えば、ある病を持った患者を巡るさまざまな状況を理解する場合、分子レベル、細胞レベル、組織レベル、臓器レベル、心身相関レベル、医師患者関係レベル、社会レベル、生態レベルなどの多層的なシステムが存在している。後半のレベルにおいては、医師自身もシステムの内部の一要素として取り込まれていることに注意が必要である。このような観点からは、病態の唯一の原因はそもそも同定できない。複数の病態理解の併存が容認され、どのレベルのシステムに焦点をあてるかによって複数の有効な治療戦略が存在し得る。したがって有効な治療法は一つではない。治療者はシステムの中に取り込まれているので純粋に客観的な評価はあり得ない。

Aさんのケースの経験から、筆者は、病態仮説として、システム論的な悪循環がAさんの病態を増悪させ、固定していたのではないかと考えた。その中核に「自分は慢性肺炎であり、それは一生治らない」という、誤った（しかし、それはたぶん医療側から与えられた情報であるが）思いこ

みがあると考えた。そして、このような病態に対する治療戦略として前掲のようないくつかを組み合わせて集中的に行うことを、その後経験された同様の事例においても試してみることにした。

Aさんのすぐあとに、筆者はBさんという32歳の公務員の患者の治療を体験した。Bさんは、Aさんと非常に良く似た病態を示していた。慢性の腹痛と下痢に悩まされており、やはり、他の医療機関で、尿アミラーゼの高値という比較的特異性の低い検査値の異常を理由に「慢性膵炎」という説明を受けていた。Bさんは、慢性膵炎という診断（もちろんそれは厳密には正しい診断ではなかったのだが）を非常に悲観的なイメージで捉えていた。

筆者は、Bさんに対して、Aさんに対してのとはほとんど同じ戦略でかかわった。Bさんの腹痛は、Aさんに比べると軽快するまでに少し長い時間を必要としたが、結局は軽快し、その後は長期間良好な状態が維持された。

Aさん、Bさんの2例の経験から、筆者は、慢性膵炎疑診例とよばれる病態の病態仮説と、有効な戦略を構築し得たと考え、それを論文にまとめた。ここまでの経験によって、筆者が構築した仮説は、簡略に表現すれば、以下のとおりである。

仮説1：

- 1) 膵の器質異常を伴わない、血清膵酵素の上昇を伴う慢性腹痛の患者の病態は、心身相関的悪循環によって説明できる。
- 2) 悪循環を増強させる因子として、最も重要な役割をしめるのは、「慢性膵炎」という診断名に対する、過剰なまでの悲観的な思いこみである。
- 3) 悪循環を緩和するような、医師と患者の相互交流は、上記の病態の改善に有効である。

しかし、この論文は評価されなかった。日本膵臓学会の機関誌に投稿したが、ものの見事に不掲載となった。内容が、科学的、客観的に検証されていないというのである。患者が良好な経過をとったということは検証とはみなされなかった。それ

以上に、この内容は「膵臓病学」の研究とは認められなかった。「領域が違うので他の雑誌に投稿を勧めます」というのが最終結論であった。膵臓外来という、最も膵臓病学的な現場での経験から作成された論文であったにもかかわらず、である。しかたなく、筆者は論文の体裁を少し変更して、別の学術誌に再投稿し、ようやく論文は掲載された⁵⁾。

それからしばらくして、筆者は上記のAさん、Bさんと非常に良く似た経過と病状を呈する男性、Cさんに出会った。もちろん、筆者はAさん、Bさんの治療経験を経た上で、Cさんの治療を始めたのであり、当然のことながら、上記の仮説1を念頭に置きながらCさんに関わった。しかし、仮説を強引にCさんにあてはめるのではなく、Cさんのとの診療で体験される事実が、仮説1と矛盾しないかどうか、あるいは仮説を変更又は改良する必要がないかどうかを考えながら、診療にあたることにした。

V 事例2

Cさんは、筆者の外来初診時40歳の男性で、主訴は腹痛、下痢、体重減少であった。30歳ころから、油っこい食事を摂取したり、飲酒後に上腹部痛、下痢が出発していた。複数の医療機関で内科的精査を受けたが異常なしと言われた。32歳頃より、不眠、食欲不振、無気力が出現、精神科を受診し、仮面うつ状態と診断され、抗うつ薬による治療を受け、うつ気分は改善したが、消化器症状は持続していた。精神科へは4年間通院後中断(36歳)した。その後は消化器症状、呼吸器症状(咳、胸部痛、息苦しさ)などにより、断続的に内科に通院していた。40歳時、上腹部痛、下痢、体重減少にて当科を再受診。血清トリプシンが、641ng/mlと高値を認めたことから、慢性膵炎を疑われ腹部US、CT、ERCPを施行されたが異常は認められなかった。飲酒は機会飲酒程度であり、症状のある間は禁酒を守っているが改善しない。消化管機能調整薬、抗トリプシン薬などが

投与されたが、明かな効果は見られず、血清トリプシンの高値（800～900）も持続するため、主治医からコンサルトをうけ、筆者が治療を担当することになった。

初めての面接において、上記のような病歴が語られた。特に、いままでに下痢や腹痛などの症状に苦しめられ続けてきたこと、どこかの医療機関へ行っても「検査では異常がない」と言われたこと。そう言われるとますます不安になったことなどが語られた。精神的なものなのか、ストレスのせいだとも言われたが、自分ではどうしても思い当たるふしがない。「どうしてこんなに具合がわるいんでしょう？ 身体の具合さえ良くなれば私には何の問題もないんですが」と語るCさんに、筆者は返す言葉がなかった。

ここまでのCさんの話から分かったことは、慢性膵炎と言われるまでに10年近い長い病悩期間があり、「慢性膵炎と言われたための心配」が生じたのは極く最近のことである。この慢性膵炎という病名に関する不安は、現時点ではCさんの増悪因子の一部になっていると感じられたが、それだけでは全てを説明できるとは思われなかった。

話を聴きながら、筆者はこんな風に考えていた。Cさんの身体症状は、もちろん、いわゆる消化器の機能的な症状として説明し得る。器質的な異常は、これまでに種々の検査が行われても何も発見されていないのだから、おそらく無いのだろう。身体の機能的症状には色々な要因が影響する。もちろん日常生活上のストレスなども大いに影響する。仕事の問題や家庭の問題はどうなのだろうか？ しかし、Cさんはそれについては何も語らない。隠しているわけではなく、身体の問題で頭がいっぱいなのだ。こんな状況で、心理的なことを根掘り葉掘り問いただしても、おそらくうまくはいかないだろう。それは、今までの医療機関で、身体症状の原因を探りだそうとして延々と検査を繰り返す、かえって状況を悪くしてきたのと全く同じこと（こんどは心理的な原因を探す努力を繰り返す）をしていることになる。それでは、今一番大切なことは何か。それは、今ここで「身体の具合

をなんとかしてほしい」と真剣に悩んでいるCさんの存在そのものを受け入れることではないか。そう考えているうちに、つぎのような言葉が筆者の口を突いて出た。

くどうもお話を聞いていると、いわゆるどつぼにはまっているというか、弱り目にたたirimえというか、そういう状態のようですね。身体の調子が悪いと気分が滅入る。気分が滅入るとますます身体の調子が悪くなる。いわゆる悪循環というやつですかねえ。

するとCさんの顔色がぱっと輝いた。「そうそう。そうです。そのとおりです。まさに悪循環にはまっているんです」。筆者は、これでCさんにつながる事ができたと感じた。しばらく、これからの方針について話し合ったあと、これ以上の身体症状の原因探索はとりあえずやめること、日常生活にさしつかえない程度の体調への復帰を目標として治療を続けることで合意し、スルピリドと桂枝加芍薬湯を投与した。

2週間後の来院時、Cさんは「前回に比べるとそのように調子が良くなりました。仕事も問題なくできます」とうれしそうに述べた。それに続いて「10年前は確かに仕事上のストレスがあり、それが体調を崩したきっかけだったと思います」と、今回は語られなかったストレスとの関連について自発的に話すようになった。その後、薬物を漸減しても体調は安定するようになった。治療開始後6カ月頃、Cさんは「以前からストレスがたまったり、色々考え込んだりすると、まず不眠になり、その後必ず腹痛や下痢が起きました。そうするとそれが気になって、ますます朝の気分が悪く、だるさがひどくなるということを繰り返していました。検査を受けて異常なしと言われても、不安になるばかりでした。今は、自分の心と身体が連動しているということが実感できます。だからひどい状態にはなりません。私は10年間悪循環にはまっていたんですね。こういうのを心身症と言うんでしょうね」とこやかに語った。その後、通院は半年に1回程度となり、問題なく日常生活を送っており、血清のトリプシン値も正常範囲内

にある。

VI 事例2についての考察

筆者はこのCさんの病状の推移は、病態仮説1によってもかなりの程度説明できると考えた。しかし、それに加えて、Cさんの経過は、NBMの観点からも説明することができ、その両者は必ずしも矛盾するものではないと考えた。以下に、NBMの観点⁴⁾を加えて、Cさんの経過を考察したい。

医療人類学的には、患者の体験する主観的な苦しみを「病い：illness」と呼び、それに対して生物医学的な観点から定義される、客観性を持った異常を「疾患：disease」と呼ぶ。Cさんの主観的な苦しみである「病い」は、主として「腹部症状」と「うつ気分」からなっていた。それに対して、それまで訪れた医療機関では、Cさんの症状を説明する「疾患」を発見するために色々な検査が繰り返された。しかし、10年間にも及ぶ身体の不調に対して「疾患の物語り」が確立されることはなく、常に「異常はない」「原因は不明」という説明が繰り返されるばかりであった。Cさんは自分自身の身体の不調を説明できる「説明物語り」を確立することができず、常に「何か重大な疾患を見落とされているのではないか」という不安に苛まれてきた。この持続する不安が、自律神経系や内分泌系を通じて、消化器諸臓器の機能異常や知覚閾値の低下を来とし、症状を慢性化させていたことは、容易に想像できる。

次に、精神科を訪れたCさんに対して、「仮面うつ病」という新たな「疾患物語り」が与えられた。Cさんは少なくとも一時的にはこの物語りを受け入れ、抗うつ薬の服用によって病状の軽快をみた。しかし、この「仮面うつ病」という物語りは、Cさんの消化器症状のたびたびの増悪を十分に説明するものではなく、Cさんは結局通院を中断してしまう。

再度症状が増悪し、当科を受診した際に、今度は血清膵酵素の上昇という新たな事実が浮上した。ここで「膵炎」という新しい「疾患物語り」が、

Cさんに提示された。これによって、「原因が不明である」という「物語り不在」の状況は打破されるかに見えた。しかし、この「慢性膵炎物語り」は、新たな問題をCさんにもたらすことになった。「膵臓の病気は一生治ることはなく、不摂生することによって進行する」という悲観的な物語りは、Cさんに益々の不安を与えることになった。このような不正確な「慢性膵炎物語り」が、機能性消化器障害の患者を心身相関的な悪循環に陥れることは、Aさん、Bさんの例で、より典型的な形で観察されている。

上記のように、Cさんは自身の陥っている状態を説明できる十分に有効な物語りを確立できずにいた。そんなCさんと筆者との対話の中で浮かび上がって来たのが、「こころと身体が悪循環」という新たな説明物語りであった。この説明物語りは、普通の意味での「診断」とはいえず、むしろ「みたて」に近い。この物語りはCさんにとって、ぴったりとくるものであった。それは、対話の中での「そうそう。そうです。そのとおりです。まさに悪循環にはまっているんです」という感情のこもったCさんとの言葉にはっきり示されている。その後の治療経過は、この「新しい物語りの共有」が、Cさんの身体症状と気分を大きく変化させたことを明瞭に示している。そして6ヶ月後の面接では、Cさん自身によって再構築された「心身症の物語り」が詳しく語られることになった。「今は、自分の心と身体が連動しているということが実感できます。だからひどい状態にはなりません。私は10年間悪循環にはまっていたんですね。こういうのを心身症と言うんでしょうね」。このCさんによって語られた、新たな「心身症の物語り」は筆者にも感動を与えるものであった。この物語りは、筆者とCさんの共同執筆による作品であると言える。

ここで、幾つか強調しておきたい点がある。第1点は、Cさんに「悪循環の物語り」が受け入れられたのは、筆者から提案されたこの物語りが、Cさんが潜在的にすでに感じとっていた「物語りの筋書き」に一致したからであり、そうでなけれ

ばこの物語りが共有されることはなかったであろうということである。治療者から与えられた「心身相関」に関する説明物語りが、往々にして患者さんに受け入れられないことは決して珍しいことではない。物語りの共有は、医師から患者への物語りの一方的な押しつけによって生じるものではない。対話の中で、新しい物語りが浮かび上がり、共同執筆されることが重要なのである。ホームズ Holmes J⁷⁾ は、「心理療法の役割とは、患者自身の無意識においてすでに半ば書きかけられている物語りを患者自身が徐々に再構築していく作業を援助することである」と述べている。またローナー Launer J⁸⁾ は、「物語りに対する医師の寄与は、患者がそれを患者自身の物語りの筋書きにとって有益であると認める場合に限り価値を持つ」と述べている。これらはNBMの治療過程の基本をよく表現している。

第2点は、Cさんによって受け入れられた「心身症の物語り」は、決して「唯一の正しい物語り」ではないということである。他の説明物語り、例えば「体質のせいだから気にしないで良い」「仮面うつ病」「過敏性腸症候群」「軽度の慢性肺炎」などの物語りによって、それなりの安定状態が達成されるということも、異なった医師-患者関係においては十分にあり得るであろう。実際に、それまで「不定愁訴」として扱われてきた患者に何らかの診断病名が下された場合、極端に言えばそれがどのような病名であっても、一時的に患者の苦痛が和らぐということは、しばしば観察される。しかし、だからといって、Cさんにとってそれらの物語りは「どれも良い」というわけでは決していない。筆者との対話の中で、Cさんにとって一番びったりとする物語りが選択されたのである。

第3に、Cさんの生育歴、家庭環境、仕事の環境、あるいは人生の生きがいの問題など、心身症の病態に重要な影響を与えと思われる「Cさんの個人的な物語り」については、今回提示された治療過程においてほとんど明らかにされていないことを忘れてはなるまい。しかし、NBMの立場から言えば、治療において全ての物語りが語られ

る必要はない。また、どれか一つの「一番正しい物語り」を追求する必要もないのである。NBMは、その人にとって有益な物語りは一つではないという事実を謙虚に認めることをその基本姿勢とする。

Cさんの事例で示されたように、NBMにはある一定の固定された方法論があるわけではない。「ナラフィブ＝物語り」を重視するという視点を明確に保ちつつ、患者さんとの柔軟な対話の中から自然に浮かび上がってくるものを最大限に尊重するのが、NBMの基本的な方法論と言えるだろう。Cさんの事例を経験した後、筆者は、このような病態についての仮説を以下のように修正した。

修正仮説（仮説2）

- 1) 脾の器質異常を伴わない、血清脾酵素の上昇を伴う慢性腹痛の患者の病態は、心身相関的悪循環によって説明できる。
- 2) 悪循環を緩和するような、医師と患者の相互交流は、上記の病態の改善に有効である。
- 3) 悪循環を増強させる要因として、「説明物語りの不在」「不適切な説明物語り」は、ともに重要である。
- 4) 患者自身の苦しみを説明するような「新しい説明物語り」の構築は、悪循環の緩和を通じて病態を好転させる。「心身相関的悪循環の物語り」は、このような説明物語りの一つである。
- 5) 「新しい物語り」は、治療者から患者に一方的に与えられるのではなく、治療における相互交流の中から浮かび上がり、治療者患者の双方に共有されることによってその有効性が発揮される。

この修正仮説は、Cさんの事例のみならず、AさんとBさんの事例をも説明しうる、より拡張され、精緻化された仮説である。それは、Aさん、Bさんとの治療経験をふまえて、筆者がCさんとの新たな体験、さらにNBMという新しい説明原理を比較検討した結果、生み出されたものである。

システム論的視点とナラティブの視点の双方を導入することによって、より広い視野が確保されたと考えられる。「悪循環仮説」は「多数あり得る物語り」の一つであり、同時に「新しい物語りの創出」は「悪循環」を改善することによって、患者の病態を改善する。「物語りの視点」と「システム論の視点」は、互いに相補的であり、どちらがより優れているというわけではないし、一方が他方を包含するわけでもない。

Ⅶ 構造仮説継承型事例研究法の提唱

ライフストーリーの研究とは、日常生活で人々がライフ（人生、生活、生）を生きていく過程、その経験プロセスを物語る行為と、語られた物語についての研究を指す⁹⁾。NBMの立場は、患者の病いの経験や、病いへの対処法、また医療従事者と患者の相互交流を巡るストーリーなどを、より大きな、患者の人生の物語りの一部であると考え⁴⁾。したがって、NBMの研究とは、ライフストーリー研究の特殊な一形態であるという見方が成り立つ。

NBMの研究とは、「体験された現象から一般的な知を求めようとする試み」と定義でき、その方法論として、仮説、理論、モデル構成を利用する¹⁰⁾。西條²⁾は、広い意味での質的研究の方法論において、仮説生成（モデル構成）が強調されるあまり、生成された仮説の連続的な検証のための方法論が未整備であることを指摘し、仮説の連続的検証の過程を含む「仮説継承型ライフストーリー研究」の方法論を具体的に提唱し、やまだ¹¹⁾もこれに呼応した研究を報告している。これらの研究法は、知見を縦列的に積み上げながら、先行仮説を柔軟かつ大幅に修正、変更、追加することを可とするものである。なお、西條¹⁾は、池田¹¹⁾の構造主義科学論を援用して、客観化を追求するためには仮説は構造化される必要があるとしており、このような観点からの連続的仮説検証のプロセスを、「構造仮説継承」と呼ぶことを提唱している。また西條³⁾は、構造主義科学論の立場から、この

ような研究は、予測可能性、再現可能性、反証可能性を留保することが理論上可能であり、科学的なナラティブ・アプローチと呼ばれるのにふさわしいと主張し、このような認識論を基盤において行われる心理学領域における質的研究を、「構造構成的質的心理学」と呼ぶことを提唱している。

先に述べたように、NBMにおける事例研究は、ライフストーリー研究の一特殊型と考えることができるので、筆者は、西條、やまだの研究法を、NBM領域の事例研究に応用し、これを「構造仮説継承型事例研究」と呼ぶことを提唱したい。本稿は、この方法論により、一研究者が試行した縦列的事例研究の一例であると言える。本稿で提示した仮説は、最終的なものとは考えられず、他の研究者による、異なったコンテキストにおける同様の事例研究を積み重ね、仮説の修正、精緻化が試みられることが期待される。本稿で示したような研究法が、どの程度「科学的」と見なしうかについては、意見が分かれるところであると思うが、従来、ともすれば単なる経験報告かエッセイとしてしか認められなかった事例研究が、一般性追求の方法論としてその価値を再認識される可能性を示す有力な方法論足りうるのではないかと筆者は考えている。

Ⅷ 後日談

さて、筆者はその後、さらに数例の同様の患者の治療を経験したが、それらの患者はみな短期間のうちに症状が軽快し、「膵酵素の高値」が継続的に話題になることはなく、筆者も、経過観察中に血清膵酵素を測定することはほとんどしなくなった。そうこうするうちに、ある日筆者は、このような「慢性膵炎疑診例」の定義を満たすような患者を、もう5年以上、全く経験しなくなったことに気が付いた。おそらく、筆者が「膵臓」に注目しなくなったために、そもそも「慢性膵炎疑診例」という物語りが構築されることそのものがなくなってしまったためではないか、と筆者は考えた。もしそれが正しいとするならば、これは、「病氣

とは客観的に実在するものではなく、社会的に構築されるものである」ことの、典型的な実例であったということになる。この「物語りの持続的構築」には、膵臓病の専門家たる筆者も実は一役買っていたということになる。

2001年9月、英国ケンブリッジで、第2回ナラティブ・ベイスト・メディスン・カンファレンスが開催され、筆者も参加するチャンスに恵まれた。カンファレンスの後で、BMJ books版ナラティブ・ベイスト・メディスン⁴⁾の編著者の1人である、ブライアン・ハーウィッツBrian Hurwitz教授と上記のような内容について話をする機会を得た。私の説明を聞いた後で、ハーウィッツ教授はこう言った。

「こんな病態は英国では全く知られていないね。英国のGP（総合医）なら、こういう患者は、機能性消化器疾患（functional gastrointestinal disorder）として治療するよ。それで特に問題になることはない。そういう患者の血清膵酵素を調べたりすることはまずないね。なにしろ英国のNHS制度では、意味のない検査をすれば、GPはそれだけ費用の持ち出しをすることになるからね」

筆者はそれを聞いて、今まで薄々気付いていたが、認めることをためらっていた真実を悟った。「慢性膵炎疑診例」とは、検査をすればするほど儲かり、薬を出せば出すほど儲かるという日本の医療保険制度のコンテキストの中で、他の領域の医師と自分は違うのだとのアイデンティティを主張したい膵臓病の専門家（もちろん筆者もその1人）と、「説明物語りの不在」に苦しむ患者、との相互交流の中に浮かび上がった「一つの物語り」であったのだ。その物語りを構築する必要がなくなった時に、その病気はもとより、その患者さえも、筆者の目の前から消え失せたのである。

それでは「機能性消化器疾患」や「心身症」という物語り、いやそれどころか「疾患」や「病気」という物語りさえも、その必要性がなくなれば消え失せるものなのだろうか。そうでないとは誰にも言えないとしか、現時点での筆者には言えないのである。

文 献

- 1) 西條剛央 (2002a): 人間科学の再構築 I ; 人間科学の危機. ヒューマンサイエンスリサーチ11: 175-194.
- 2) 西條剛央 (2002b): 生死の境界と「自然・天気・季節」の語り: 「仮説継承型ライフストーリー研究」のモデル提示. 質的心理学研究 1: 55-69.
- 3) 西條剛央 (2003): 「構造構成的質的心理学」の構築: モデル構成的現場心理学の発展的継承. 質的心理学研究 2: (印刷中).
- 4) Greenhalgh T, Hurwitz B (1998): Narrative based medicine, Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, London.
- 5) 斎藤清二, 北啓一朗, 田口恭仁子, 高木由夏, 黒田昌弘, 初瀬リマ, 大澤幸治, 渡辺明治, Souza PR, Magalhaes AFN. (1994): 慢性膵炎疑診例の病態仮説と治療戦略-現象学的・システム論的観点から-. 心身医学 34: 463-471.
- 6) Bertalanffy L (1956): General System Theory (長野啓, 太田那昌訳: 一般システム理論. みすず書房, 1973)
- 7) Holmes J (1998): Narrative in psychotherapy. In Greenhalgh T, Hurwitz B eds, Narrative based medicine, Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, London, 176-184.
- 8) Launer J (1998): Narrative and mental health in primary care. In Greenhalgh T, Hurwitz B eds, Narrative based medicine, Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, London, 93-103.
- 9) やまだようこ (2000): 人生を物語ることの意味-ライフストーリーの心理学. やまだようこ編「人生を物語る-生成のライフストーリー」, ミネルヴァ書房, 京都, 1-38
- 10) 斎藤清二 (2003): NBMの研究法. 「ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践」, 金剛出版, 東京. (印刷中)
- 11) やまだようこ (2002): なぜ生死の境界で明るいうちや天気や雨が語られるのか? 質的研究における仮説構成とデータ分析の生成継承的サイクル. 質的心理学研究 1: 70-87.
- 12) 池田清彦 (1990): 構造主義科学論の冒険. 毎日新聞社, .